

влечение в процесс соседних органов и структур из-за значительных размеров опухоли, что зачастую диктует необходимость выполнения комбинированных операций, сопровождавшихся значительным процентом послеоперационных осложнений и летальностью. Обследование и лечение больных с неорганными опухолями забрюшинного пространства следует проводить в специализированных онкологических учреждениях при наличии высококвалифицированных хирургов, владеющих техникой абдоминальных, урологических, гинекологических операций и навыками сосудистой хирургии.

### **К ВОПРОСУ О ТЕРМИНОЛОГИИ ПРИ ОПИСАНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Н.М. Федоров, Д.Д. Нохрин, Н.В. Белоусова*

Тюменская ГМА  
Тюменский ООД

Ультразвуковая томография является одним из основных методов диагностики онкологических процессов. В то же время, термины, используемые врачами-сонологами для характеристики разновидностей макроскопических форм и направления роста опухоли в органе, в ряде случаев не совпадают с принятыми в клинической онкологии. В связи с этим, нам представляется актуальным вопрос об одинаковой интерпретации этих понятий клиницистами-онкологами и врачами ультразвуковой диагностики.

Выделяют три варианта формы опухолей в органе: экзофитный, эндофитный, смешанный (Петров Н.Н., 1952).

Экзофитной (ограниченно растущей) считают опухоль в виде узла. При увеличении размеров образования и развитии некроза возможно образование в полых органах блюдцеобразной или в паренхиматозных – полостной форм.

Эндофитная или инфильтративная форма представляет собой опухоль, распространяющуюся в стенке полого органа или вдоль последней. В паренхиматозных структурах данный вариант определяют как диффузный. При этой разновидности роста стенка или сам орган становятся толще, плотнее, границы новообразования четко не определяются.

Смешанная форма характеризуется сочетанием экзо- и эндофитного роста.

Другим важным моментом при эхографическом описании новообразований является направление роста экзофитных форм опухолей по отношению к стенке трубчатых структур или

полых органов. По нашему мнению, при росте опухоли в просвет правомочно пользоваться термином «эндоорганный», при распространении за пределы органа – «периорганный».

Считаем, что использование данной терминологии позволит упорядочить ультразвуковую семиотику, сблизив её с клинико-анатомической. Результатом этого явится выбор врачами онкологами оптимального метода лечения онкологических больных.

### **РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАСПОЗНАВАНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Н.М. Федоров, Н.А. Шаназаров, Н.М. Ясков, Д.Д. Нохрин, Н.В. Белоусова*

Тюменская ГМА  
Тюменский ООД

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы среди женского населения продолжают неуклонно расти. По предварительным оценкам, в 2010 году, раком молочной железы в мире заболеют около полутора миллионов человек (Parkin D.M. и соавт., 2002). В России рак молочной железы находится на первом месте среди причин смерти женщин от злокачественных новообразований. Болезнь на том или ином этапе жизни поражает каждую девятую женщину (Летягин В.П., 2006). В Тюменской области в 2008 году заболеваемость раком молочной железы составила 51,9 на сто тысяч женского населения.

В последние годы для диагностики патологии молочной железы наряду с рентгеновским исследованием широкое применение нашла сонография (ультразвуковое исследование, эхография, УЗИ). Метод не имеет противопоказаний, не дает лучевой нагрузки и позволяет проводить прицельную пункционную биопсию образований молочной железы.

Вместе с тем, остается недостаточно изученная роль УЗИ в комплексном исследовании больных с подозрением на рак молочной железы.

Цель исследования: изучить место и роль эхографии в распознавании рака молочной железы.

Материалы и методы.

Проанализированы результаты обследования 457 больных раком молочной железы, находившихся на лечении в Тюменском областном онкологическом диспансере в период с 2005 - 2009 г.г. Всем пациенткам в плане комплексного исследования выполнена эхография молочных же-

лез с прицельной пункционной аспирационной биопсией под ультразвуковым наведением.

Ультразвуковое исследование выполняли в масштабе реального времени с помощью датчиков 7.5-10 Мгц. Серошкальная эхография проводилась в сочетании с цветовым доплеровским картированием кровотока. Сканирование молочных желез проводили последовательно, в разных плоскостях, при различных углах наклона датчика, степени компрессии железы и интенсивности ультразвука. При нахождении узлов образования обязательным было его полипозиционное исследование.

Из 457 пациенток опухоль соответствовала первой стадии у 95 (25,3%), второй – 231 (48,8%) и третьей – 127 (35,5%) женщин.

Возраст больных варьировал в пределах 24-77 лет (средний возраст - 52,3 года). У 57 (12,4%) человек заболевание было выявлено при профилактическом осмотре.

Результаты и обсуждение.

Средний размер злокачественных опухолей молочной железы составил  $2,1 \pm 0,52$  см. Опухолевые узлы размером до 1 см выявлены у 41 (9%), от 1 до 1,9 - 54 (11,8%), от 2 до 4,9 – 253 (55,4%) и выше 5 см – 109 (23%) больных.

При злокачественных новообразованиях молочных желез опухолевый узел сонографически выявлен у всех 457 больных, при этом заключение о раке сделано у 408 (89,8%) пациенток. Наиболее частыми эхографическими признаками опухоли являлись пониженная эхогенность (89%) и неоднородность внутренней структуры узла (89,8%), а также его неровные (69%) и нечеткие (57,3%) контуры. Реже - у 52,2% определяли несоответствие ультразвуковых и пальпаторных размеров опухоли, а также – дорсальную акустическую тень (48,7%).

Наличие микро- и макро обызвествлений было выявлено у 45 (9,8%) больных. При цветовом доплеровском картировании васкуляризация опухоли обнаружена у 252 (55,3%) пациенток.

Применение пункционной биопсии образования под ультразвуковым контролем позволило морфологически верифицировать диагноз у 437 (95,6%) пациенток.

Выводы:

1. Ультразвуковое исследование является высокоэффективным методом диагностики рака молочной железы.

2. Применение прицельной пункционной биопсии и доплерографии дают возможность повысить чувствительность сонографии с 89,8% до 95,6%.

## СТАДИРОВАНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО КРИТЕРИЮ N EX VIVO

*В.Ю. Фролова, Д.С. Турсуметов*

Республиканский КОД, г. Уфа  
Башкирский ГМУ

Совершенствование лечения рака молочной железы во многом определяется возможностями адекватного стадирования по критерию N. Оценка состояния регионарного лимфатического аппарата при раке молочной железы определяется в три этапа. Дооперационный этап - достоверность может достигать 50-60% за счет использования современных неинвазивных технологий (УЗИ, КТ, МРТ), в том числе радиоизотопных. Интраоперационный этап - где многое зависит от технологии регионарной лимфатической диссекции - «слепой» или «зрячей». При так называемой, «слепой» диссекции, когда с молочной железой удаляется жировая клетчатка подмышечной области, на этапе операции достаточно сложно достоверно стадировать процесс по критерию N. В этой ситуации окончательное исследование препарата будет проведено после завершения хирургического вмешательства. При втором варианте, а именно с использованием «зрячей» технологии, достоверность возрастает до 90%. Выделение лимфатических узлов и сосудов в ране становится возможным, благодаря современным технологиям ультразвуковых диссекции. Визуальная оценка лимфатической системы подмышечной области, равно как и других зон метастазирования рака молочной железы, дополненная интраоперационной морфологической верификацией узлов, позволяет не только объективно стадировать рак, но и выполнять лимфосохранные операции при раке молочной железы. Послеоперационный этап - когда стадирование рака молочной железы производится по критерию N.

В настоящее время в большинстве лечебных учреждений, выделение лимфатических узлов из препарата производится обычным рутинным способом - с помощью ножниц, скальпеля и пинцета. Минимальное количество лимфатических узлов, необходимое для послеоперационного исследования в разных странах не одинаковое. Так, в Японии, это примерно 30, в Европейских странах около 20, в России и в странах СНГ - 10-12. Понятно, что чем больше узлов взято на исследование, тем точнее стадия рака, тем больше возможностей для формирования факторов прогноза и индивидуализации лечения больного. В стандарте при раке молочной железы считается достаточным определения количества поражен-